

様式第5号(第8条関係)

月ごとに1枚
うち通院・入院ごとに1枚
記入が必要です☆

子ども医療費助成金支給申請書

(通院用 ・ 入院用) ○ 年 ○ 月 診療分

こども	氏名	ふりがな まきのほら さくら 牧之原 桜	住所	牧之原市 静波 991-1
	生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (歳 か月)		
保護者氏名		牧之原 太郎	児からみた続柄	父 電話番号
加入保険等	保険の種類	国保 共済 組合 船員	協会	
	保険者の名称		記号番号	
	保険者の所在地	〒	こどもの加入保険 情報を記入	
	付加給付	無・有 ()		
適用		無 ・ 自立支援医療(育成医療) ・ 小児慢性特定疾病 ・ 補装具		
補助金 振込先	振込先	銀行・JA・信用金庫・労金 支店		
	預金種別	普・当 口座番号 No.	口座名義	ふりがな

確認 ○入院・通院時の年齢は18歳までですか？(1歳未満の最初の3月末日までの間に当該医療費を受けた者を含む。)

振込先(口座)のわかる通帳または
キャッシュカードを持参してください。

☆ 市役所記入欄

入院	期間	保険診療自己負担額	控除額		養育・育成・療養
	日～日		高額療養費	付加給付額	自己負担金
	日数	食事療養費負担金			支給額
	日		記入不要		
☆自己負担算出式					

通院	受診日		控除額		支給額
			高額療養費	付加給付額	自己負担金
	回数	保険診療自己負担額			
	回				
☆自己負担算出式					

牧之原市子ども医療費助成要綱により、上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

牧之原市長

住所 牧之原市 静波 991-1

申請者

氏名 牧之原 太郎